

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



**Qualidade de vida relacionada com saúde oral
e perceção do estado de saúde oral em crianças dos 3 aos 5
anos residentes em Portugal**

Madalena Cabral Correia Pires Ferro Freire

Orientadores:

Professora Doutora Sónia Alexandra Mateus Flores Mendes Borralho

Professora Doutora Sandra Ribeiro Graça

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2021

AGRADECIMENTOS

Este trabalho, como a minha vida, teve a colaboração, direta ou indireta de tantas pessoas extraordinárias que me rodeiam e a quem não posso deixar de agradecer:

À Professora Doutora Sónia Mendes pela preocupação e disponibilidade constantes, pelo rigor científico e por me impor limites. Obrigada por tudo o que me ensinou neste curso e pela proximidade neste último ano. Não podia ter tido melhor orientadora.

À Professora Doutora Sandra Graça pelas revisões e comentários sempre pertinentes, pelo apoio durante a realização deste trabalho e pelo cuidado que teve comigo;

Ao Professor Doutor Henrique Luís pela sua disponibilidade em rever o questionário e pelas suas sugestões;

À Cláudia, Joana, Margarida e Sara, que iniciaram este percurso comigo, pelas pessoas boas que são, pela sua maturidade, por tudo o que me ajudaram neste percurso e que talvez nem imaginem e por tudo o que me facilitaram: os apontamentos preciosos, as dicas e a força que por vezes me faltava;

À Marta, minha dupla nestes dois últimos anos de caminho, pela amizade e motivação constante e por ser um exemplo de persistência e conquista;

Às minhas colegas “orientandas”, Andreia, Margarida e Mónica, por toda a ajuda na elaboração da dissertação, pelo apoio e acompanhamento na reta final, que permitiram que não perdesse o norte;

Aos meus pais, porque também me permitiram seguir este caminho, pelo exemplo que são para mim como família e como profissionais, por tudo o que me ensinaram e continuam a ensinar e acima de tudo pelo amor que me têm;

À minha irmã, por ser a minha melhor amiga e a quem tudo posso confiar;

Aos meus sogros e à minha cunhada, por todo o apoio e disponibilidade;

A toda a minha família e todos aqueles que se disponibilizaram a tomar conta dos meus filhos quando tinha de trabalhar e estudar, em especial às minhas tias e primas;

A todos os meus amigos que não consigo nomear, mas que se preocuparam comigo e foram acompanhando de perto ou de longe esta aventura, pelas palavras de apoio e amizade;

Ao Miguel, meu marido, porque sem ele nada disto seria possível, pelas horas que passou sozinho, pelas lágrimas que me enxugou, pelo alento que me deu constantemente, pela paciência e por tudo mais que não cabe aqui e só pertence ao coração;

Aos meus filhos, João, José, Manuel, Joaquim e Luísa, por todo o amor que me dão, por serem a força que me põe a mover e me faz querer ser mais. Espero que um dia todo este esforço sirva de exemplo para vocês.

RESUMO

Introdução: A Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (QdVRSO) é um conceito que engloba o conceito tradicional de saúde e bem-estar e ainda fatores sociais e psicológicos, de forma a avaliar o seu impacto na Qualidade de Vida do indivíduo. A abordagem terapêutica e as políticas de promoção e prevenção na saúde oral são altamente influenciadas por este conceito.

Objetivo: Estudar a QdVRSO das crianças em idade pré-escolar e relacioná-la com a doença oral percebida pelos pais, com os fatores sociodemográficos e os comportamentos de saúde oral.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo epidemiológico observacional, analítico e transversal, no qual a recolha de dados foi realizada por um questionário *online*. O questionário incluiu a versão portuguesa do *Early childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) e questões relacionados com características sociodemográficas, comportamentos relacionados com saúde oral e estado de saúde oral relatado pelos pais. Foi realizada estatística descritiva dos dados e utilizados os testes de *Mann-Whitney* e de *Kruskal-Wallis* ($\alpha=0,05$).

Resultados: A amostra foi constituída por 1475 pais de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos (média=4,1 e dp=0,81), residentes em Portugal. O valor médio do somatório total do ECOHIS foi de 1,5 (dp=3,35). A idade da criança, o início da escovagem numa idade tardia, o consumo frequente de alimentos e bebidas açucaradas, a ida a consulta com profissional de saúde oral, o relato de problemas de saúde oral e o estado de saúde oral percebido negativamente pelos pais foram os fatores que tiveram significativamente ($p<0,05$) impacto negativo na QdVRSO.

Conclusão: A maioria das crianças apresentou um boa QdVRSO e bom estado de saúde oral relatado pelos pais, no entanto, alguns comportamentos de saúde influenciaram negativamente a QdVRSO, pelo que deverão ser reforçados os comportamentos saudáveis relativos à saúde oral.

ABSTRACT

Introduction: Oral Health related Quality of Life (OHRQOL) is a concept that includes the traditional understanding of health and well-being, as well as social and psychological factors, to evaluate their impact on the individual's Quality of Life. Therapeutic approaches, promotion and prevention of oral health policies are heavily influenced by this concept.

Goal: To study the OHRQOL of pre-school-age children and relate it to parental perceptions of oral disease, sociodemographic actors, and oral health practices.

Materials and Methods: An observational, analytical, and transversal epidemiological study was carried out with data collected through an online questionnaire that included the Portuguese version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) and questions related to sociodemographic characteristics, oral health related practices, and the state of oral health as perceived by parents. A descriptive statistic was applied to data analysis, and Mann-Whitney and Kruskal-Wallis ($\alpha=0,05$) tests were used.

Results: The study sample was composed of 1475 parents of children between the ages of 3 and 5 (average=4,1 and sd=0,81), residing in Portugal. The average value of the total sum of the ECOHIS was 1,5 (sd=3,35). The child's age, a late start to brushing, consumption of sugary food and drinks, appointments with oral health professionals, reports of oral health problems, and a negative perception of oral health on the part of parents were the factors that bore a more significant negative impact ($p<0,05$), on OHRQOL.

Conclusion: Most children demonstrated a good OHRQOL and overall oral health according to parents, however, some health practices influenced OHRQOL in a negative way, and should be reinforced by healthier oral health behavior.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde Oral

Qualidade de Vida

Criança em idade pré-escolar

Comportamentos

Percepção

KEYWORDS

Oral Health

Quality of Life

Preschool child

Behaviors

Perception

ÍNDICE

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vi
Palavras-chave	vii
Keywords	vii
Índice de tabelas	xi
Lista de abreviaturas	xiii
I – INTRODUÇÃO	1
1. Saúde oral em idade pré-escolar.....	2
2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral.....	4
II – OBJETIVOS	7
III - MATERIAIS E MÉTODOS	9
1. População-alvo e amostra.....	9
2. Recolha de dados.....	9
3. Descrição das variáveis.....	10
4. Tratamento de dados e análise estatística.....	12
5. Questões éticas.....	12
IV – RESULTADOS	13
1. Qualidade de vida relacionada com a Saúde Oral (ECOHIS).....	13
2. Caracterização sociodemográfica e relação com a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral.....	15
3. Caracterização dos comportamentos relacionados com a saúde oral e relação com a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral.....	15
4. Relato dos pais sobre o estado de saúde oral das crianças e relação com a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral.....	17
V – DISCUSSÃO	19
1. Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral em crianças em idade pré-escolar.....	19
2. Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral e comportamentos de saúde oral das crianças.....	21

3. Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral e saúde oral percebida pelos pais.....	23
VI – CONCLUSÃO.....	27
VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
VI – APÊNDICE I – Questionário.....	36

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição das variáveis.....	11
Tabela 2 – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral na população pré-escolar Portuguesa.....	13
Tabela 3 – Frequências e médias dos itens do ECOHIS.....	14
Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo as características sociodemográficas e relação com a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (ECOHIS).....	15
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo os comportamentos de saúde oral e hábitos alimentares e relação com os respetivos valores do ECOHIS.....	16
Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo o estado de saúde oral relatado pelos pais e relação com a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral.....	18
Tabela 7 – Estudos realizados em Portugal que utilizaram o ECOHIS.....	20

LISTA DE ABREVIATURAS

CPI - Cárie precoce de infância

dp - Desvio padrão

ECOHIS - *Early Childhood Oral Health Impact Scale*

Min - Mínimo

Máx – Máximo

OMS – Organização Mundial da Saúde

QV - Qualidade de vida

QdVRSO - Qualidade de vida relacionada com a Saúde Oral

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

I - INTRODUÇÃO

O conceito de saúde evoluiu, no século passado, da ausência de doença para um estado de bem-estar geral, que engloba todas as dimensões do indivíduo e é influenciada por elas. A saúde oral não é apenas, a ausência de cárie ou a existência de dentes saudáveis, mas inclui uma dentição confortável para o paciente que lhe permite desenvolver um papel social ativo.⁽¹⁾ Para se avaliar a saúde de um indivíduo não se pode apenas ter como base os parâmetros de doença, mas também a influência que o processo de doença acarreta para a qualidade de vida do mesmo.⁽²⁾ A qualidade de vida (QV) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e da relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.⁽³⁾ A QV foi adicionada ao conceito tradicional de saúde de forma a incluir todas as vertentes da vida humana, física, psíquica, social e espiritual.⁽⁴⁾ Assim, a qualidade de vida tornou-se uma variável essencial quando se pretende avaliar a saúde. Com o crescente interesse na área da qualidade de vida foi necessário desenvolver métodos objetivos que permitam avaliar este parâmetro. Inicialmente, a QV era apenas avaliada com base em indicadores sociais e económicos, mas à medida que o conceito foi evoluindo outros parâmetros foram incluídos.^(2,5) Atualmente o conceito permite incorporar na avaliação da saúde do indivíduo aspetos como as relações sociais, o nível de independência e a interação com o meio que o rodeia (segurança, satisfação pessoal).⁽⁴⁾

A saúde oral tem-se destacado como um fator de peso na QV do indivíduo e é considerada um dos determinantes da saúde⁽²⁾, já que é fundamental para a saúde em geral e influencia diversas funções essenciais para o bem-estar do indivíduo, como falar, comer e sorrir.⁽⁶⁾ As doenças relacionadas com a saúde oral podem afetar as pessoas durante toda a sua vida, provocando dor, desconforto e alterações na estética e na autoconfiança, para além de acarretarem custos associados ao seu tratamento e reabilitação. Por esta razão a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (QdVRSO) tem vindo a ser um indicador amplamente utilizado para o estudo da saúde oral, não apenas em adultos como em crianças e adolescentes, refletindo o impacto que as doenças orais podem ter no quotidiano da vida da criança, bem como da sua família.

1. Saúde oral em idade pré-escolar

Apesar dos avanços na prevenção das doenças orais e da diminuição da prevalência de cárie a nível mundial e em Portugal, a cárie dentária continua a ser a doença infecciosa mais prevalente no mundo e um grave problema de saúde pública.^(7,8) A OMS refere que mais de 530 milhões de crianças no mundo sofrem de cárie na dentição decídua.⁽⁴⁾ A ocorrência de cárie na infância, em especial em idade precoce, pode ter complicações graves para a própria criança e para a sua família, prejudicando o desenvolvimento harmonioso e saudável da criança. Para além de alterações na mastigação e perda precoce de dentes, as crianças desenvolvem maior risco de novas lesões de cárie e de atrasos no desenvolvimento e crescimento físico. A diminuição da QV e da capacidade de aprendizagem são também consequências da presença de lesões de cárie nas crianças, com aumento da ansiedade, dor e perda de rendimento escolar associado também à perda de horas escolares. Para a família destaca-se o aumento dos custos associados aos tratamentos dentários, assim como o aumento de hospitalizações e consultas de urgência de saúde oral, que provocam, ainda, a perda de horas de trabalho dos pais e diminuem o rendimento geral das famílias afetadas por esta doença.^(7,9-11) A percepção dos pais sobre a qualidade de vida da criança tem influência no uso dos serviços de saúde e é reflexo da forma como os pais percecionam a sua própria saúde.⁽¹²⁾

As lesões de cárie em crianças até aos 6 anos são referidas como Cárie Precoce da Infância (CPI). A CPI é definida pela presença de uma ou mais lesões de cárie (cavidades ou não), dentes perdidos ou restaurados (devido a cárie), em qualquer dente decíduo em crianças com idade igual ou inferior a 71 meses.⁽¹³⁾ A cárie pode ser considerada uma doença infecciosa. No entanto, é uma doença complexa que implica a interação das bactérias e dos hidratos de carbono disponibilizados pela dieta.⁽¹¹⁾ Estas bactérias, nomeadamente os *Streptococcus mutans*, metabolizam açúcar produzindo ácido que provoca a desmineralização do esmalte, pelo que o consumo de alimentos e bebidas açucarados deve ser evitado^(9,13), em especial entre as refeições e ao adormecer ou durante a noite.^(10,11,14,15) Para além das bactérias, existem diversos fatores que promovem desenvolvimento de lesões de cárie. O fluxo salivar, a composição da saliva, o consumo de hidratos de carbono e os comportamentos preventivos influenciam a progressão da doença.^(10,14) Assim, a cárie dentária é uma doença prevenível através de comportamentos que se adquirem desde a primeira infância. Entre eles destaca-se a escovagem dos dentes pelo menos duas vezes por dia, uma das quais obrigatoriamente antes de deitar, com pasta fluoretada. A escovagem deve ser efetuada com

supervisão e ajuda de um adulto desde a erupção do primeiro dente decíduo até, pelo menos, aos 6 anos de idade.^(9,11,13,16,17) A consulta de um profissional em saúde oral deve ser realizada antes do primeiro ano de vida, de forma a despistar problemas na saúde oral, corrigi-los atempadamente e permitir o acesso a informação direcionada aos cuidados de saúde oral.⁽¹⁶⁾

Para além dos comportamentos e fatores diretamente relacionados com a cavidade oral, existem diversas variáveis sociodemográficas que influenciam a prevalência de cárie nas crianças, nomeadamente o nível de educação da mãe e o nível socioeconómico da família. De facto, esta doença, tal como muitas outras, é, para além de um problema de saúde, um problema social que afeta as populações mais desfavorecidas. O nível de educação da mãe é assim um fator descrito como associado à presença de cárie nas crianças. Verifica-se uma maior prevalência de cárie em crianças cujas mães apresentam níveis de instrução mais baixos e cuja família tem um nível socioeconómico mais baixo.^(11,13) Este facto parece estar relacionado com dificuldades financeiras e sociais de acesso a cuidados de saúde, informação e ambientes saudáveis, para além de uma menor percepção da necessidade de cuidados relacionados com a saúde oral e crenças erradas sobre a prevenção em saúde oral, existindo uma tendência para desvalorizar a necessidade de recorrer aos serviços de saúde oral.^(7,18) Existe ainda uma relação entre a baixa escolaridade e um nível socioeconómico também mais baixo, o que favorece a falta de percepção sobre a saúde e a necessidade de cuidados, associados às dificuldades económicas.⁽¹⁹⁾ As mães representam, maioritariamente, um papel mais preponderante na educação e acompanhamento dos filhos a cuidados de saúde, sendo esta a justificação apontada para que apenas o nível de educação da mãe tenha influência na prevalência de cárie nas crianças.⁽²⁰⁾

A própria experiência de cárie das mães também influencia a prevalência de CPI, uma vez que a transmissão de bactérias cariogénicas, está associada a contaminação direta, através do beijo e indireta de alimentos e utensílios da criança, com saliva da mãe.^(9,11,13,18,21,22) A idade pré-escolar é a altura em que as crianças adquirem, através do exemplo, diversos comportamentos relacionados com múltiplas dimensões da sua personalidade e que influenciam os comportamentos que irão adotar no futuro.^(10,12) Assim, os comportamentos associados à saúde e higiene oral, principalmente das mães, que assumem o papel principal de cuidadoras, vão projetar-se nos comportamentos relacionados com a saúde oral dos seus filhos. O estabelecimento de rotinas de escovagem, desde

muito cedo, é benéfico para a rápida adoção de comportamentos adequados e na persistência desses mesmos comportamentos na vida adulta.^(10,22–24)

Embora os trabalhos sobre a CPI em Portugal sejam escassos, a sua prevalência é considerável nos vários estudos epidemiológicos portugueses, embora com critérios diferentes, variando entre 15% e 56,4%.^(7,9,25–28) Os dados de prevalência e gravidade de CPI podem ser considerados preocupantes, uma vez que a cárie provoca consequências ao nível do desenvolvimento, alimentação e comunicação, bem como, perda de horas de escola e de qualidade de vida das crianças. A dificuldade e complexidade do tratamento, devido à colaboração da criança, assim como os custos associados são outras consequências da CPI.^(7,9) que podem ter um impacto significativo na QV das famílias e das próprias crianças. No entanto, apesar de preocupantes os indicadores de cárie na população portuguesa têm vindo a melhorar. O *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*, de 2015, revelou uma percentagem de crianças sem experiência de cárie aos 6 anos, de 31,9%⁽²⁹⁾, face a 17% em 1984⁽²⁶⁾, representando uma melhoria considerável neste indicador.

2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

Nos últimos anos a medicina dentária evoluiu passando de uma visão muito técnica da saúde oral, para uma perspetiva holística, onde foi incluída a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QdVRSO) como um dos seus indicadores. A QdVRSO permite analisar a percepção do indivíduo relativamente ao impacto que a saúde oral tem na sua vida quotidiana.^(30,31)

A avaliação da QdVRSO permite avaliar o impacto das doenças orais na QV e é um indicador importante para qualificar as disparidades em saúde oral e o acesso aos cuidados de saúde oral em diferentes populações.^(4,32) Permite também, avaliar o benefício dos tratamentos efetuados e as preocupações dos pacientes. Para além disso, a inclusão do estudo da QV para a prevenção da doença e promoção para a saúde, podem ser avaliadas comorbilidades entre doenças e até estabelecer prioridades na saúde oral a nível global.^(32,33)

Entre as várias doenças orais que podem ter um impacto negativo na QdVRSO das crianças, está amplamente descrita a cárie dentária, não sendo tão clara esta relação com a má-oclusão ou com o traumatismo dentário, sendo encontrados estudos controversos.^(32,34) Considerando a idade

pré-escolar esta relação entre a cárie e a QdVRSO também é encontrada, como verificada no estudo de Carminatti *et al.*, no qual uma pior QdVRSO está associada à CPI. Estes autores verificaram também que o uso de chucha e a respiração oral demonstraram ter impacto negativo na QdVRSO das crianças brasileiras e das suas famílias, no entanto a má-oclusão não teve qualquer associação com este indicador.⁽³⁵⁾

Com o crescente interesse no estudo da QdVRSO foram desenvolvidos vários instrumentos para a sua aferição. Os primeiros instrumentos desenvolvidos para determinar a QdVRSO tiveram como população-alvo os adultos, por ser considerado haver maior prevalência de problemas de saúde oral neste grupo.^(30,31) No entanto, tal como já referido, também as crianças sofrem de problemas de saúde oral variados (lesões de cárie, trauma, problemas na erupção, má-oclusão), podendo estas doenças, bastante prevalentes, ter influência na sua QdVRSO e na das suas famílias.^(5,6) Existem diversos instrumentos para avaliar a QdVRSO em crianças como o “*Child Oral Health Quality of Life*” (COHQoL)⁽³⁶⁾, aplicado a crianças dos 6-14 anos, o “*Child Oral Health Impact Profile* (COHIP)⁽³⁷⁾ aplicável a crianças entre os 8 e os 15 anos e o “*Child - Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP)*”⁽³⁸⁾, para crianças com 11-12 anos, adaptado do OIDP de Slade para adultos. Estes instrumentos foram todos desenvolvidos na primeira década do século XXI, mostrando a pertinência e atualidade deste tema, bem como o despertar da comunidade científica para o tema da QdVRSO nas crianças.

Em 2007, Pahel *et al.*, apercebendo-se da falta de escalas que estudassem a QdVRSO na população pré-escolar, modificaram o COHQoL de Jokovic e Locker⁽³⁹⁾, que avalia a QdVRSO em crianças e adolescentes. Assim, adaptaram os 45 itens do COHQoL e desenvolveram uma escala de 13 itens, dos quais 9 avaliam o impacto na criança e 4 na família, sendo esta denominada “*Early Childhood Oral Health Impact Scale*” (ECOHIS). As perguntas incluídas nesta escala, e adaptadas à idade pré-escolar, devem ser respondidas por adultos, devido a incapacidade de crianças desta idade relatarem e recordarem de forma precisa acontecimentos passados há mais de 24 horas. Para além, disto, só a partir dos 6 anos é que as crianças têm capacidade de pensamento abstracto, que está na base do entendimentos de diversos conceitos em saúde.⁽³⁰⁾

Vários estudos comprovaram a existência de uma relação entre o nível socioeconómico e a QdVRSO.⁽⁴⁰⁻⁴²⁾ Indivíduos e famílias com níveis socioeconómicos mais baixos tendem a obter uma pior QdVRSO. Esta relação deve-se ao facto das famílias e os indivíduos terem menor

capacidade de resposta face aos problemas de saúde oral e de percepção dos próprios problemas, tal como já previamente referido neste trabalho. A associação entre cárie dentária e baixos níveis de QdVRSO é também mais evidente em níveis socioeconómicos mais baixos.⁽³²⁾

Na população pré-escolar o impacto dos problemas de saúde oral na QdVRSO e nas suas famílias é exacerbado pelo facto dos pais/encarregados de educação serem os decisores em relação às questões de saúde, pelo facto da CPI poder ter repercussões no desenvolvimento geral da criança⁽³⁰⁾, pela interferência que as alterações na QdVRSO podem vir a ter na promoção da saúde oral e no acesso aos serviços de saúde oral.⁽⁴³⁾ O conhecimento do impacto da saúde oral na QV das crianças e das suas famílias, pode justificar e fundamentar a tomada de decisões em relação à prevenção da doença e promoção na saúde^(33,44), o que torna pertinente o estudo da percepção dos pais sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida das crianças em idade pré-escolar.

Assim, este trabalho pretendeu contribuir para o estudo da QdVRSO na população pré-escolar Portuguesa.

II - OBJETIVOS

Este estudo teve como finalidade contribuir para o estudo da QdVRSO na população pré-escolar Portuguesa.

Os seus objetivos são:

- Estudar a perceção dos pais sobre o impacto da saúde oral na QdVRSO das crianças em idade pré-escolar (ECOHIS);
- Descrever os comportamentos de saúde oral da mesma população;
- Relacionar a QdVRSO com a doença oral percecionada, com o nível de instrução da mãe e com os comportamentos de saúde oral.

III – MATERIAIS E MÉTODOS

De forma a atingir os objetivos propostos foi realizado um estudo epidemiológico observacional, analítico e transversal.

1. População-alvo e amostra

A população-alvo deste estudo foi constituída por pais de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos, residentes em Portugal. A amostra do estudo foi do tipo não probabilístico, de conveniência.

Foram incluídos no estudo todos os pais que responderam voluntariamente ao questionário dando o seu consentimento informado e cujo filho tivesse entre os 3 e os 5 anos.

2. Recolha de dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário elaborado no Formulário *Google*. O questionário foi realizado pela investigadora do estudo, especificamente para o estudo e com base na revisão da literatura. (2,5,6,30–32,34,43–45)

De maneira a realizar a adequação e validação do conteúdo do questionário, antes da sua aplicação, este foi revisto por três peritos da área da prevenção da saúde oral, que sugeriram pequenas alterações. Após estas alterações foi realizado um pré-teste a seis pais, de diferentes graus de instrução e de áreas profissionais alheias à saúde oral. Este pré-teste teve como objetivo verificar a clareza das perguntas e o tempo médio de resposta do questionário. Depois do pré-teste foi aplicada a versão final do questionário para recolha dos dados deste estudo.

O questionário aplicado (Apêndice I) apresenta-se dividido em 9 secções. A primeira secção faz uma breve introdução ao estudo e esclarece os participantes quanto aos objetivos e procedimento do estudo, incluindo o consentimento informado. Apenas avançariam para as secções seguintes os indivíduos que declarassem aceitar participar no estudo. Aceitando a participação, seguiam-se 3 secções que verificavam os critérios de inclusão do estudo e, caso estes não fossem cumpridos o questionário era terminado. As restantes secções incluíam questões

sociodemográficas, relacionadas com os comportamentos de saúde oral e, por último a versão portuguesa do ECOHIS para o estudo da QdVRSO.⁽⁴⁴⁾

Tal como já descrito no capítulo da introdução, o ECOHIS é um instrumento de avaliação da QdVRSO composto por 13 itens, 9 direcionados ao impacto dos problemas orais nas crianças e 4 ao impacto na família dessas crianças. A escala utilizada nos itens deste instrumento é do tipo Likert, com seis opções de resposta: 0=Nunca, 1=Quase nunca, 2=Ocasionalmente 3=Freqüentemente, 4=Muito freqüentemente e 5=Não sei. De acordo com a escala original, as respostas “não sei” foram consideradas como “valores omissos”, devendo o indivíduo ser excluído quando apresentava mais de dois valores omissos na dimensão da criança e mais de um na dimensão da família. No entanto, naqueles em que os valores omissos foram menores que dois no domínio da criança e menores que um no domínio da família, foi calculada uma média dos valores restantes do mesmo domínio, tendo sido atribuída essa média ao item em falta. Para se obter a pontuação total do ECOHIS foram somadas todas as pontuações de cada item, podendo o resultado variar entre 0 e 52. É possível também calcular os valores de cada uma das dimensões, tendo a secção relativa à criança um somatório entre 0 e 36 pontos e a secção relativa à família entre 0 e 16 pontos. Um valor mais baixo representa uma maior percepção parental relativamente à QdVRSO da criança, indicando uma melhor QdVRSO.⁽³⁰⁾

O questionário esteve disponível entre 26 de fevereiro e 10 de maio de 2021. A sua divulgação foi realizada através da rede social *Facebook* e por correio eletrónico, através da disponibilização de uma hiperligação própria, acessível pela internet. Na rede social a investigadora contactou diversas instituições, entre associações de pais, escolas e grupos de pais pedindo para divulgarem a hiperligação nas respetivas páginas. Foi também enviado o pedido a várias instituições escolares através de correio eletrónico, sendo utilizada para o efeito a lista de correios eletrónicos disponível na página do Instituto de Gestão Financeira da Educação.

3. Descrição das variáveis

As variáveis do estudo encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição das variáveis.

Grupo	Designação	Descrição/categorias	Tipo de variável
Caracterização sociodemográfica	Região de Portugal	“Norte”; “Centro”; “Lisboa e Vale do Tejo”; “Alentejo”; “Algarve”; “Açores”; “Madeira”	Qualitativa nominal
	Presença de doença sistémica	“Sim”; “Não”	Qualitativa nominal
	Doença sistémica	Resposta aberta: indicação da doença sistémica	Qualitativa nominal
	Idade da criança	“3 anos”; “4 anos”; “5 anos”	Quantitativa de razão
	Sexo da criança	“Feminino”; “Masculino”	Qualitativa nominal
	Grau de parentesco	“Mãe”; “Pai”	Qualitativa nominal
	Habilitações literárias da mãe	“Menos de 9 anos de escolaridade”; “9º ano completo”; “12º ano completo”; “Ensino superior completo”	Qualitativa ordinal
Comportamentos relacionados com a Saúde Oral	Frequência de escovagem	“Não escova”; “Menos de uma vez por dia”; “Uma vez por dia”; “Duas ou mais vezes por dia”	Qualitativa ordinal
	Presença de flúor no dentífrico	“Sim”; “Não”; “Não sei”	Qualitativa nominal
	Idade de início da escovagem	“Com menos de 1 ano”; “Entre 1 e 2 anos”; “Entre os 2 e os 3 anos”; “Depois dos 3 anos”	Qualitativa ordinal
	Ajuda/supervisão da escovagem	“Não tem ajuda/supervisão”; “Sim, raramente”; “Sim, algumas vezes”; “Sim, na maioria dos dias”; “Sim, todos os dias”	Qualitativa ordinal
	Consumo de alimentos/bebidas cariogénicos	“Sim”; “Não”	Qualitativa nominal
	Consulta de Saúde Oral	“Sim”; “Não”	Qualitativa nominal
Percepção do estado de Saúde Oral	Problemas de Saúde Oral atuais ou passados	“Cárie dentária”; “Traumatismo dentário”; “Má-oclusão”; “Aftas recorrentes”; “Abscesso dentário”; “Outra situação”	Qualitativa nominal
	Tratamento dentário	“Sim”; “Não”	Qualitativa nominal
	Cáries por tratar	“Sim”; “Não”	Qualitativa nominal
	Percepção Saúde Oral	“Muito boa”; “Boa”; “Razoável”; “Má”; “Muito má”	Qualitativa ordinal
QdVRSO	Itens do ECOHIS	“Nunca”; “Quase nunca”; “Ocasionalmente”; “Frequentemente”; “Muito frequentemente”; “Não sei”	Qualitativa ordinal
	ECOHIS Criança	Somatório dos itens 1-9 do ECOHIS	Quantitativa de razão
	ECOHIS Família	Somatório dos itens 10-13 do ECOHIS	Quantitativa de razão
	ECOHIS Total	Somatório de todos os itens do ECOHIS	Quantitativa de razão

4. Tratamento de dados e análise estatística

Os dados recolhidos através do Formulário *Google* foram automaticamente guardados num ficheiro *Excel*. Após as devidas alterações e codificações dos dados obtidos estes foram transferidos para o programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 26 (IBM Corp., 2019), no qual os dados foram analisados.

Foi realizada a análise descritiva das variáveis, através do cálculo das frequências relativas e absolutas. Nas variáveis numéricas foram calculadas as medidas de localização central, média e mediana e as medidas de dispersão, como o desvio-padrão e valores máximo e mínimo.

A normalidade das variáveis foi verificada utilizando o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Na análise inferencial foram utilizados os testes não paramétricos *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*, com um nível de significância de 5%.

5. Questões éticas

O presente estudo foi submetido à apreciação da Comissão Ética para a Saúde da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, obtendo um parecer favorável.

Foram dados a conhecer os objetivos e os procedimentos do estudo a todos os participantes, permitindo o seu consentimento livre, voluntário e esclarecido.

IV – RESULTADOS

Durante o período em que o questionário esteve disponível online foram obtidas 1559 respostas. Destas foram excluídas 64, uma vez que os inquiridos não eram pais ou mães de crianças com a idade pretendida (3 a 5 anos) e 20 por não residirem em Portugal. A amostra final foi, assim, de 1475 participantes. A idade média de idade das crianças foi de 4,1 (dp=0,81).

Toda a restante caracterização descritiva da amostra, tanto sociodemográfica, como a relacionada com os comportamentos de saúde oral será apresentada conjuntamente com os resultados da QdVRSO.

1. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral (ECOHIS)

Os dados da QdVRSO são apresentados na Tabela 2. O valor médio do somatório dos itens da QdVRSO foi de 1,53 (dp=3,4) com o mínimo a manter-se no “0” e o máximo a atingir os “33”, sendo que o valor do somatório da criança foi o que mais peso teve para o valor total do ECOHIS.

Tabela 2. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população pré-escolar Portuguesa. (n=1475)				
	Mínimo	Máximo	Média (dp)	Mediana
ECOHIS Criança	0	20	0,91 (2,13)	0
ECOHIS Família	0	15	0,63 (1,6)	0
ECOHIS Total	0	33	1,53 (3,35)	0

Quando analisados os vários itens do ECOHIS verificou-se que a maioria das respostas em todos os itens foi “Nunca” (Tabela 3). Nos itens relacionados com a criança, o primeiro, dirigido à dor de dentes, obteve uma percentagem de 23,3% dos pais a afirmarem que as suas crianças já sentiram dor de dentes, desde o nascimento, revelando ser o item com maior impacto na QdVRSO da criança. Em relação aos itens relacionados com a família, embora com percentagens menos expressivas que o item 1, encontraram-se 3 itens com maior impacto na QdVRSO da família, com valores médios um pouco mais elevados relativamente à generalidade dos itens relacionados com a criança. O item 11 (culpa) foi o que revelou maior percentagem de respostas “Muito frequentemente” (0,7) e “Frequentemente” (0,5) e o item 10 (aborrecido) foi o mais assinalado com respostas a partir de “Quase nunca” (12,9%), destacando-se ainda, o item relacionado com o impacto financeiro, com 12,2% de respostas para além do “Nunca”.

Tabela 3. Frequências e médias dos itens do ECOHIS.

	Nunca % (n)	Quase nunca % (n)	Ocasional mente % (n)	Frequente mente % (n)	Muito frequente mente % (n)	Média (dp)
1.Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dor de dentes/boca?	76,7 (1128)	18,8 (276)	3,9 (58)	0,5 (7)	0,1 (2)	0,28 (0,57)
2.Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dificuldade em ingerir bebidas quentes ou frias devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?	91,8 (1352)	7,1 (105)	1 (14)	0,1 (2)	0 (0)	0,09 (0,33)
3.Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dificuldade em ingerir algum(s) alimento(s) devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?	92,4 (1363)	5,9 (87)	1,5 (22)	0,1 (2)	0,1 (1)	0,09 (0,36)
4.Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dificuldade em pronunciar alguma(s) palavra(s) devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?	93,3 (1368)	5 (73)	1,2 (18)	0,3 (4)	0,3 (4)	0,09 (0,39)
5.Com que frequência o seu filho(a)/educando faltou à creche, infantário ou escola devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?	95,3% (1404)	3,8 (56)	0,9 (13)	0,1 (1)	0 (0)	0,06 (0,27)
6.Com que frequência o seu filho(a)/educando teve problemas em adormecer devido a problemas com os dentes ou tratamentos dos dentes?	90,3 (1331)	7,8 (115)	1,8 (26)	0,1 (2)	0 (0)	0,11 (0,38)
7.Com que frequência o seu filho(a)/educando esteve frustrado devido a problemas com os dentes ou com o tratamento dos dentes?	92,2 (1358)	6,7 (98)	0,9 (13)	0,3 (4)	0 (0)	0,09 (0,34)
8.Com que frequência o seu filho(a)/educando evitou sorrir ou rir em frente a outras crianças/adolescentes devido a problemas com os dentes ou com o tratamento dos dentes?	96,5 (1423)	3,1 (46)	0,3 (4)	0,1 (2)	0 (0)	0,04 (0,23)
9.Com que frequência o seu filho(a)/educando evitou falar com outras crianças/adolescentes devido a problemas com os dentes ou com o tratamento dos dentes?	96,7 (1427)	2,8 (42)	0,3 (4)	0,1 (1)	0 (0)	0,04 (0,21)
10.Com que frequência você ou outro membro da família esteve aborrecida(o)/chateada(o) devido a problemas com os dentes ou tratamento dos dentes do seu filho(a)/educando?	87,1 (1285)	8,3 (123)	3,5 (52)	0,7 (11)	0,3 (4)	0,19 (0,55)
11. Com que frequência você ou outro membro da família se sentiu culpada(o) devido a problemas com os dentes ou tratamento dos dentes do seu filho(a)/educando?	88,1 (1298)	7,7 (114)	2,7 (40)	1,2 (17)	0,3 (4)	0,18 (0,55)
12.Com que frequência você ou outro membro da família faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamento dos dentes do seu filho(a)/educando?	92,5 (1363)	5,6 (82)	1,3 (19)	0,5 (8)	0,1 (1)	0,10 (0,39)
13.Com que frequência os problemas com os dentes do seu filho(a)/educando e os seus tratamentos tiveram impacto financeiro na sua família?	87,8 (1293)	8,8 (129)	2,2 (33)	0,5 (7)	0,7 (10)	0,17 (0,54)

2. Caracterização sociodemográfica e relação com a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral

A Tabela 4 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra e a sua relação com os valores do ECOHIS. Verificou-se que quanto mais velha for a criança, maior é o impacto negativo na QdVRSO ($p=0,03$). As restantes variáveis sociodemográficas não demonstraram ser estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Tabela 4. Distribuição da amostra segundo as características sociodemográficas e relação com a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (ECOHIS).

			QdVRSO (ECOHIS total)			
	n	%	Mín.	Máx.	Média (dp)	p
Idade da criança (n=1475)						
3 anos	411	27,9	0	17	1,1 (2,49) ^a	0,03**
4 anos	503	34,1	0	18	1,3 (2,49) ^{ab}	
5 anos	561	38,0	0	33	2,1 (4,35) ^b	
Sexo (n=1475)						
Feminino	718	48,7	0	33	1,7 (3,7)	0,35*
Masculino	757	51,3	0	27	1,4 (2,9)	
Área de residência (n=1472)						
Norte	489	33,2	0	22	1,3 (2,89)	0,15**
Centro	128	8,7	0	18	1,8 (3,58)	
Lisboa e Vale do Tejo	625	42,5	0	33	1,7 (3,65)	
Alentejo	102	6,9	0	13	1,3 (2,55)	
Algarve	36	2,4	0	27	2,5 (5,59)	
Açores	16	1,1	0	3	0,7 (1,08)	
Madeira	76	5,2	0	17	1,3 (2,97)	
Habilitações literárias da mãe (n=1475)						
Menos 9 anos de escolaridade	33	2,2	0	13	1,3 (3,23)	0,30**
9º ano completo	108	7,3	0	18	1,7 (3,46)	
12º ano completo	386	26,2	0	20	1,6 (3,23)	
Ensino superior completo	948	64,3	0	33	1,5 (3,39)	

*Teste de Mann-Whitney **Teste de Kruskal-Wallis

Os valores que partilham a mesma letra não diferem significativamente.

3. Caracterização dos comportamentos relacionados com a saúde oral e relação com a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral

Os comportamentos relativos à saúde oral e a sua relação com a QdVRSO estão descritos na Tabela 5.

A maioria das crianças escovava os dentes 2 ou mais vezes por dia (67,6%) com dentífrico fluoretado (80,8%) e com supervisão diária dos pais (68,1 %). Apenas 50,5% das crianças iniciou a escovagem com menos de 1 ano de idade. Na população verificou-se que 45,2% das crianças consumiam bebidas ou alimentos cariogénicos frequentemente. Perto de metade das crianças nunca visitou o profissional de saúde oral.

As crianças que iniciaram a escovagem dos dentes mais tarde, que consumiam frequentemente alimentos ou bebidas cariogénicas e que já visitaram o profissional de saúde oral apresentaram uma pior QdVRSO ($p<0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição da amostra segundo os comportamentos de saúde oral e hábitos alimentares e relação com os respectivos valores do ECOHIS.						
			QdVRSO (ECOHIS total)			
			Mín.	Máx.	Média (dp)	p
Frequência da escovagem (n=1475)						
Não escova	3	0,2	0	2	1,0 (1,0)	0,94**
Menos de uma vez por dia	23	1,6	0	4	1,1 (1,6)	
Uma vez por dia	452	30,6	0	20	1,5 (3,1)	
Duas ou mais vezes por dia	997	67,6	0	33	1,6 (3,5)	
Uso de dentífrico fluoretado (n=1472)						
Não	185	12,6	0	19	1,8 (3,6)	0,44*
Sim	1190	80,8	0	33	1,5 (3,3)	
Não sei	97	6,6	-	-	-	
Idade de início da escovagem (n=1472)						
menos de 1 ano	743	50,5	0	27	1,5 (3,3) ^a	0,02**
entre 1 e 2 anos	601	40,8	0	19	1,4 (3,1) ^{ab}	
entre os 2 e os 3 anos	113	7,7	0	33	2,0 (4,4) ^{bc}	
depois dos 3 anos	15	1,0	0	13	3,6 (4,6) ^c	
Ajuda/supervisão dos pais na escovagem (n=1472)						
Não tem ajuda/supervisão	4	0,3	0	26	13,0 (15,0)	0,05**
Sim, raramente	18	1,2	0	13	1,4 (3,1)	
Sim, algumas vezes	81	5,5	0	14	1,8 (2,94)	
Sim, na maioria dos dias	367	24,9	0	20	1,4 (2,83)	
Sim, todos os dias	1002	68,1	0	33	1,5 (3,39)	
Consumo frequente de alimentos e/ou bebidas açucarados (n=1475)						
Não	666	45,2	0	33	1,2 (3,09)	<0,001*
Sim	809	54,8	0	27	1,8 (3,52)	
Consulta com profissional de saúde oral (n=1475)						
Não	695	47,1	0	26	1,1 (2,5)	<0,001*
Sim	780	52,9	0	33	1,9 (3,9)	

*Teste de Mann-Whitney **Teste de Kruskal-Wallis

Os valores que partilham a mesma letra não diferem significativamente

Embora sem significância estatística ($p=0,05$) mas com um valor no limite de o ser, verificou-se que houve uma tendência entre a falta de supervisão na escovagem dos dentes e uma pior QdVRSO, revelando nas crianças sem qualquer ajuda ou supervisão um valor mais elevado do ECOHIS total.

4. Relato dos pais sobre o estado de saúde oral das crianças e relação com a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

Ainda que, de um modo geral, as doenças orais nas crianças não tenham uma prevalência elevada, segundo o relato dos pais, verificou-se a doença mais frequente foi a cárie (11,6%) seguida dos traumatismos dentários (10,8%). Cerca de 5% das crianças apresentavam lesões de cárie não tratadas (Tabela 6). Para além das frequências apresentadas na tabela 6, na categoria “Outra situação” os participantes indicaram como situações mais frequentes avulsão, bruxismo, candidíase oral, dor devido à erupção de dentes, gengivite, hipoplasia de esmalte, linha negra, tártaro e traumatismo dos tecidos moles.

No entanto, mesmo apesar de pouco frequentes, todas as doenças estudadas demonstraram ter um impacto negativo muito significativo na QdVRSO.

Relativamente à percepção do estado de saúde oral, a grande maioria dos pais descreveram a saúde oral dos filhos como “Muito boa” (40,4%) ou “Boa” (46, 3%) (Tabela 6).

Relativamente à saúde oral percecionada pelos pais, quanto melhor foi percecionada a saúde oral das crianças, menor foi o impacto na sua QdVRSO ($p<0,001$).

Tabela 6. Distribuição da amostra segundo o estado de saúde oral relatado pelos pais e relação com a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral.

	n	%	QdVRSO (ECOHIS total)			
			Mín.	Máx.	Média (dp)	p
Cárie (n=1475)						
Não	1304	88,4	0	27	1,1 (2,72)	<0,001*
Sim	171	11,6	0	33	4,9 (5,30)	
Traumatismo (n=1475)						
Não	1316	89,2	0	33	1,3 (3,04)	<0,001*
Sim	159	10,8	0	26	3,3 (4,88)	
Má oclusão (n=1475)						
Não	1403	95,1	0	27	1,5 (3,22)	0,01*
Sim	72	4,9	0	33	2,8 (2,79)	
Aftas recorrentes (n=1475)						
Não	1378	93,4	0	33	1,5 (3,32)	<0,001*
Sim	97	6,6	0	22	2,1 (6,63)	
Abcesso (n=1466)						
Não	1438	98,1	0	27	1,4 (3,11)	<0,001*
Sim	28	1,9	0	33	7,9 (7,39)	
Tratamento anterior (n=1475)						
Não	1340	90,8	0	26	1,2 (2,67)	<0,001*
Sim	135	9,2	0	33	5,3 (5,99)	
Cáries não tratadas (n=1475)						
Não	1402	95,1	0	33	1,3 (3,10)	<0,001*
Sim	73	4,9	0	19	5,5 (5,08)	
Saúde oral da criança (n=1475)						
Muito má	2	0,1	8	19	13,5 (7,78) ^{abd}	<0,001**
Má	21	1,4	0	18	5,4 (5,45) ^{ac}	
Razoável	173	11,7	0	33	2,6 (4,79) ^{bce}	
Boa	683	46,3	0	26	1,7 (3,31) ^{de}	
Muito boa	596	40,4	0	24	0,8 (2,33) ^f	

*Teste de Mann-Whitney **Teste de Kruskal-Wallis

Os valores que partilham a mesma letra não diferem significativamente

V - DISCUSSÃO

A saúde oral tem um forte impacto na QdVRSO das crianças em idade pré-escolar e das suas famílias, já que as doenças orais são bastante prevalentes, nomeadamente a cárie. O impacto não é apenas físico, mas transparece nos domínios social, psicológico e financeiro. Este estudo pretendeu avaliar a QdVRSO das crianças em idade pré-escolar residentes em Portugal e analisar a sua relação com as variáveis socioeconómicas, com os comportamentos de saúde oral e com o estado de saúde oral percebido pelos pais.

A amostra deste estudo é do tipo não probabilístico já que a distribuição não foi realizada de forma aleatória, pois os dados foram recolhidos através de um formulário *on-line*, o que pode levar a uma menor representatividade de populações desfavorecidas e sem acesso à internet. A dimensão da amostra foi de 1475 pais de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos. A idade média das crianças foi de 4,1 anos, sendo o expectável para a dispersão da amostra. O número de crianças do sexo masculino (51,3%) foi bastante semelhante à do sexo feminino (48,7%), o que se assemelha à distribuição por sexo na população portuguesa.⁽⁴⁶⁾ Todas as regiões do país se encontram representadas na amostra, embora com maior frequência as regiões de Lisboa e Vale do Tejo (42,5%) e do Norte (33,2%), por serem também as zonas mais densamente povoadas.⁽⁴⁷⁾ Apesar de não ser uma amostra representativa da população pré-escolar portuguesa, no entanto, dado o elevado número de respostas e as suas características é possível extrapolar, dentro de certos limites e com algum cuidado, as suas conclusões.

1. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em crianças em idade pré-escolar

A QdVRSO em crianças em idade pré-escolar é um tema ainda pouco investigado em Portugal. Ainda assim, o impacto global da Saúde Oral na QdVRSO das crianças em idade pré-escolar neste estudo foi menor do que noutros estudos realizados em Portugal (Tabela 7), o que pode estar relacionado com a dimensão e diferenças das características da amostra dos estudos.

Tabela 7. Estudos realizados em Portugal que utilizaram o ECOHIS (média;dp).		
	Local do estudo	ECOHIS total
Presente estudo, 2021	Portugal (3-5anos)	1,5 (dp=3,4)
Patrícia Reis, 2020(48)	Freguesia de Alvalade (3-5anos)	3,0 (dp=2,8)
Bica, 2014(6)	Viseu (3-5 ano)	15,5 (dp=4,5)

As médias do somatório total do ECOHIS encontradas em trabalhos de diversos países variaram bastante, com valores entre 1 (Zaror – Chile)⁽⁴⁹⁾ e 11,8 (Pakkhesal – Irão).⁽¹⁾ Mais uma vez estes resultados tão dispares podem dever-se às diferenças entre as populações estudadas, nomeadamente diferentes ambientes socioeconómicos e sociais. Está estudado que o nível socioeconómico, as habilitações literárias e o acesso a cuidados de saúde influenciam a ocorrência de doenças orais, a predisposição e a percepção da necessidade de cuidados de saúde oral, bem como dos cuidados preventivos de higiene oral e que estas variáveis vão depois consecutivamente influenciar a QdVRSO.^(7,11,13,18,19)

Nas frequências dos vários itens do ECOHIS, a resposta mais habitual foi “Nunca”, com uma percentagem mais baixa de 76,7% no item 1, correspondente à dor de dentes. No domínio da criança este foi o único item com menos de 90% de respostas “Nunca”. Relativamente às respostas “Frequentemente” ou “Muito frequentemente” destacaram-se os itens relativos à dor de dentes (0,6%) e dificuldade em pronunciar palavras (0,6%), sendo os itens que maior frequência tiveram nestas respostas da escala. À semelhança do presente estudo, na maioria dos estudos a dor de dentes foi o item que mais influência teve na QdVRSO no domínio da criança.^(34,35,50–55) No domínio da família, os itens 10 (aborrecido), 11 (culpado) e 13 (impacto financeiro) apresentaram percentagens de 87,1%, 88,1% e 87,8% de respostas “Nunca”. Por outro lado, uma minoria dos pais (1%) afirmou já se ter sentido “Muito frequentemente” ou “Frequentemente” aborrecido e 1,5% sentiu-se culpado. Estes dois itens são também, na maioria dos trabalhos, os itens do domínio da família que mais contribuem para um somatório elevado no ECOHIS.^(33,34,39,42,44,47,48,50–53) No entanto, para além destes itens, também no ECOHIS família, 1,2 % dos participantes sentiram frequentemente impacto financeiro devido aos problemas de saúde oral das crianças.

Neste estudo a idade da criança influenciou negativamente a QdVRSO ($p=0,03$), uma vez que crianças mais velhas apresentaram um somatório de ECOHIS mais elevado. Estes resultados

são compatíveis com os estudos de Bica⁽⁶⁾, Pakkhesal⁽¹⁾ e Abanto.⁽⁴⁰⁾ Esta relação pode ser explicada pelo facto de os dentes estarem expostos há mais tempo aos fatores de risco das doenças orais, nomeadamente de cárie dentária⁽¹⁾ e também pelo facto das crianças mais velhas terem maior capacidade de expressar os seus sentimentos.⁽⁵⁷⁾

O sexo da criança não influenciou a QdVRSO, tal como verificado em outros estudos que compararam estas variáveis, provavelmente porque nestas idades ainda não existem diferenças significativas entre os sexos a nível da interação social e percepção de estética.^(1,35) No entanto, Moghaddam, em crianças mais velhas, com 12 anos, encontrou uma relação entre o sexo feminino e uma pior QdVRSO⁽⁴²⁾, já que também está descrito que as raparigas apresentam, habitualmente, níveis mais baixos de autoestima e de autopercepção sobre a saúde oral e sobre o próprio corpo.

Ao contrário do que a literatura indica na maioria os estudos^(1,8,32,42) neste trabalho não se verificaram diferenças significativas no impacto na QdVRSO das crianças relativamente às habilitações literárias da mãe. Apesar da maioria dos estudos^(7,11,13,18,19) apontar para o facto da baixa escolaridade da mãe, sendo a principal cuidadora, e o nível socioeconómico baixo favorecerem o desenvolvimento de cárie e influenciarem negativamente a QdVRSO. Como já referido anteriormente, Chaffee⁽³²⁾ verificou que para a mesma experiência de cárie os pais com nível socioeconómico mais elevado apresentam valores mais baixos do ECOHIS. Este facto poderá ser explicado pela maior compreensão da gravidade do problema por parte dos pais com maior escolaridade e também com as suas expectativas mais elevadas relativamente à saúde oral⁽³²⁾ e poderá, também, explicar os resultados no presente estudo, uma vez que foi encontrado, nesta amostra, um elevado nível educacional da mãe (64,3% com ensino superior completo).

2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral e comportamentos de saúde oral das crianças

A maioria das crianças (67,6%) escovava os dentes pelo menos duas vezes ao dia, tal como foi observado nos estudos de Bica (64,6%)⁽⁶⁾, Borralho (53,5%)⁽¹¹⁾, Ferreira (65,3%)⁽⁵⁸⁾ e Reis (71,4%).⁽⁴⁸⁾ Também se verificou que o uso de dentífrico fluoretado estava bem implementado (80,8%), embora com uma frequência um pouco menor da encontrada por Reis⁽⁴⁸⁾ (94,6%). Apesar da escovagem diária e o uso de dentífrico fluoretado serem considerados mecanismos protetores

em relação ao desenvolvimento de lesões de cárie⁽¹³⁾, estas não apresentaram associação significativa com a QdVRSO neste trabalho.

O início da escovagem está recomendado assim que surge o primeiro dente decíduo, ^(13,16), sendo este um comportamento preventivo das doenças orais. Este facto só se verificou em 50,5% das crianças, o que ainda assim é superior ao encontrado na maioria dos estudos publicados em Portugal. ^(6,11,48,58) Estes e outros valores demonstrados em estudos portugueses (47,2% - Bica⁽⁶⁾; 48% - Ferreira⁽⁵⁸⁾; 27,3% - Reis⁽⁴⁸⁾; 25,6 % - Borralho⁽¹¹⁾) demonstram que esta é uma prática ainda pouco habitual em Portugal, sendo um fator importante a considerar nas ações de promoção da saúde oral dirigidas à população. Pereira⁽⁵⁹⁾ verificou que o início da escovagem antes do primeiro ano de vida, está estatisticamente relacionado com o facto dessas crianças não apresentarem lesões de cárie aos 5 anos. Também Mansoori verificou esta premissa em que as crianças indianas que iniciaram a escovagem antes do primeiro ano de idade apresentaram menor probabilidade de sofrer de CPI grave.⁽⁶⁰⁾ Neste trabalho a idade de início da escovagem mostrou ter associação com a QdVRSO, ou seja, as crianças que iniciaram a escovagem mais cedo apresentaram melhor QdVRSO suportando a importância deste comportamento para a melhoria da saúde oral das crianças portuguesas.

A supervisão ou ajuda na escovagem dos dentes era realizada diariamente por 68,1% dos pais à semelhança dos estudos de Borralho⁽¹¹⁾ e Reis.⁽⁴⁸⁾ Apenas uma minoria das crianças, não tinha qualquer ajuda na escovagem (0,3%). A supervisão da escovagem pelos pais apresentou uma associação marginalmente significativa ($p=0,051$), com uma tendência para uma melhor QdVRSO com o aumento da frequência da supervisão, o que é concordante com o trabalho de Bittencourt.⁽⁵⁶⁾ A supervisão permite que os pais garantam que a criança escovou os dentes e também uma escovagem mais eficaz⁽¹¹⁾, para além de ser um fator importante na prevenção da fluorose dentária, pois é também importante a supervisão da quantidade de dentífrico utilizado nestas idades. No entanto, a resistência à ajuda por parte das crianças, pode provocar a não supervisão deste hábito.⁽¹⁰⁾ É importante que os pais estimulem a autonomia da escovagem à medida que a criança vai crescendo, mas nunca deixando totalmente a supervisão pelo menos até aos 6 anos de idade.⁽¹⁷⁾

A maioria das crianças (54,8%) deste estudo consumia frequentemente alimentos ou bebidas cariogénicos. Este foi um dado encontrado com maior frequência do que em outros estudos realizados na população pré-escolar portuguesa.^(6,11,48) Está estudado que o consumo de alimentos

açucarados promove o desenvolvimento CPI, principalmente quanto mais frequente o for.^(9-11,14,15,59,61) Neste trabalho o consumo frequente deste tipo de alimentos apresentou uma associação positiva ($p<0,001$) com a diminuição da qualidade de vida das crianças, resultado que também foi verificado por Bica.⁽⁶⁾

No III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 40,5% das crianças em Portugal, ainda não tinha visitado um profissional de saúde oral aos 6 anos.⁽²⁹⁾ Apesar da diferença de idade das crianças estudadas, neste estudo, 47,1% dos pais afirmaram que o seu filho ainda não tinha visitado um profissional de saúde oral, o que se encontra dentro dos valores obtidos em outros estudos portugueses.^(6,48,58) Em Portugal, segundo Borralho, a maioria das consultas de saúde oral das crianças até aos 6 anos são realizadas por motivos preventivos, embora as crianças com experiência de cárie visitem mais vezes o profissional de saúde oral, revelando ainda uma procura dos serviços por motivos de tratamento dentário.⁽¹¹⁾ No estudo realizado por Montagna⁽⁶²⁾ apenas 28,8% das crianças realizaram uma consulta por rotina, enquanto que o tratamento de cárie e a dor de dentes motivou 47,5% das consultas. No Brasil, segundo Gomes, a razão da ida a uma consulta com um profissional de saúde oral é, na maioria das vezes, a dor.⁽⁵⁷⁾ No presente estudo a ida a uma consulta com um profissional de saúde está associada a uma pior QdVRSO, revelando e suportando esta associação da maioria das crianças apenas recorrer ao dentista quando apresenta dores ou para realizar tratamento de lesões de cárie.

3. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral e saúde oral das crianças percecionada pelos pais

Quanto à experiência de cárie, 11,6% dos pais assinalaram uma resposta positiva. Ferreira⁽⁵⁸⁾ encontrou uma percentagem bastante superior, de 68%. Nos estudos observacionais realizados em Portugal ^(25,26,28,48,59), foram descritas prevalências de CPI muito variadas, utilizando os critério da OMS, com valores entre 15%⁽²⁵⁾ e 34,6%⁽²⁸⁾. No estudo da DGS (2015) quando consideradas lesões de cárie na dentina, foram encontradas 45,2% das crianças não isentas de cárie⁽²⁹⁾, que poderá ser justificado pela diferença de idade das crianças incluídas nesta investigação, os 6 anos, em vez do intervalo 3-5 anos. Quando utilizados os critérios do ICDAS verificaram-se frequências de 40,1%⁽⁵⁹⁾ e 56, 4%⁽¹¹⁾, valores mais elevados uma vez que são

consideradas cáries de esmalte não cavitadas. Obviamente, os valores mais baixos da experiência de cárie podem também ser explicados pelo facto de muitas lesões não serem facilmente visíveis, por não terem sintomatologia e/ou porque é uma experiência relatada e não diagnosticada por profissionais de saúde oral.

Existem vários estudos que relacionam as doenças orais como a cárie^(32,35,54,55,60,63-65) e traumatismo grave^(51,66) com uma pior QdVRSO, tal como os resultados do presente estudo. No entanto, nem todos os estudos demonstraram resultados com associação a ambas as alterações. Estes resultados são confirmados no estudos de Díaz⁽³⁴⁾ e Gomes⁽⁵³⁾, embora, Chaffee⁽³²⁾, Vieira-Andrade⁽⁵²⁾, Lopez-Ramos⁽⁵⁵⁾ e Zaror⁽⁴⁹⁾ não tenham encontrado relação significativa de uma pior QdVRSO com o trauma dentário. As diferenças de resultados e significância em relação ao impacto dos traumatismos poderão estar relacionadas com o tipo de traumatismo encontrado^(40,55,66), com as diferenças na população estudada, com o tipo de amostra e com as suas condições socioculturais⁽⁵²⁾, com a realização ou não de avaliação radiográfica e com a falta de conhecimento dos pais sobre algumas formas de traumatismos, como luxações.⁽⁵¹⁾

O impacto das lesões de cárie é tanto maior quanto mais grave for a lesão, já que estas lesões provocam mais dor, alteram a estética e a função, exigem tratamentos mais dispendiosos e provocam maior absentismo no trabalho e na escola.^(40,53,55,60,63) Chaffee verificou que em crianças com 5 ou mais lesões cáries o somatório do ECOHIS era quase 3 vezes maior, do que em crianças sem qualquer lesão.⁽³²⁾ Isto acontece porque os pais têm tendência a dar mais importância às doenças orais quando estas provocam a dor ou têm impacto financeiro e funcional nas famílias.⁽⁵⁷⁾

A má oclusão foi indicada por 4,9% dos pais, proporção semelhante encontrada por Ferreira⁽⁵⁸⁾ (5,2%) e por Reis⁽⁴⁸⁾ relativamente à mordida cruzada (6%). Apesar de na maioria dos estudos não ser descrita uma associação da má oclusão com a QdVRSO das crianças^(34,35,49,51,53,55,67), no presente estudo verificou-se um impacto negativo significativo desta alteração oral com a QdVRSO. A razão destes resultados não serem congruentes com a restante literatura prende-se com o facto de, nem sempre, as mal-oclusões serem avaliadas pelos mesmos métodos em todos os estudos, pois são um conjunto grande de alterações com particularidades diferentes, pela ausência do conceito de estética e autoimagem nas crianças em idade pré-escolar e ainda pelo desconhecimento da parte dos pais das consequências da má oclusão.^(34,35,40,51,55,67) Por outro lado, tal como já referido o facto de ser considerada a doença relatada e não observada

também pode contribuir para esta diferença. Adicionalmente o facto de apenas as lesões de cárie e traumatismos serem, na maioria dos estudos, mais associados com a QdVRSO, quando utilizada a escala ECOHIS, poderá também significar que a forma como os itens do ECOHIS foram construídos se adequem mais a avaliar os sintomas destas duas patologias do que das mal-oclusões.^(40,51)

Também os abscessos e as aftas recorrentes se revelaram alterações com um impacto significativo na QdVRSO. No caso concreto do abscesso dentário esta diferença foi bastante notória, uma vez que as crianças que os pais identificaram como tendo passado por esta situação, apresentaram uma média de 7,9 pontos (dp=7,39). Bittencourt verificou que as crianças com fístula ou abscesso apresentavam impacto negativo maior que as crianças com lesões de cárie sem envolvimento pulpar, verificando, também, este impacto nas lesões com envolvimento pulpar, mesmo sem abscesso.⁽⁵⁶⁾ Não foram encontrados estudos que relacionassem a QdVRSO e as aftas recorrentes em crianças, no entanto nos adultos existe esta associação, na qual a QdVRSO está diminuída devido à persistência e recorrência dos sintomas, à dificuldade em ingerir alimentos e bebidas, alterações na fala e dificuldade nos cuidados de higiene oral.^(68,69)

Verificou-se que 4,9% dos pais relataram que os seus filhos apresentavam cáries por tratar e que 9,2% já tinham realizado um tratamento dentário anterior. Ambas as variáveis mostraram ter impacto negativo na QdVRSO. As lesões de cárie sem tratamento podem provocar dor, infeção, perda de função, défices no desenvolvimento e comunicação⁽⁷⁰⁾. Aliás, Farsi⁽⁵⁴⁾ verificou que após o tratamento dentário (extração, restauração, coroa) a QdVRSO da criança e das suas famílias melhorou bastante, já que permite recuperar as funções da mastigação, estética e comunicação. Também Sheiham⁽⁷⁰⁾ admitiu que o tratamento das lesões de cárie promoveu um aumento da taxa de crescimento das crianças e da sua QdVRSO.

No que respeita à saúde oral percebida pelos pais a maioria considerou-a como “Muito boa” ou “Boa” (86,7%), sendo nestes grupos o somatório do ECOHIS menor, correspondendo a melhor QdVRSO. Por outro lado, as crianças que os pais consideraram ter “Má” saúde oral apresentaram um impacto negativo elevado na sua QdVRSO. Bica⁽⁴⁴⁾, Reis⁽⁴⁸⁾ e Zaror⁽⁴⁹⁾ também verificaram esta associação nos seus estudos. Esta associação entre a percepção dos pais acerca da saúde oral dos seus filhos e a QdVRSO reflete as várias preocupações e condições da saúde oral da própria criança e também a maior importância dada aos cuidados de saúde oral, que dependem

igualmente das crenças atitudes e dos conhecimentos dos pais.^(53,57) Se os pais não derem importância à saúde oral dos filhos e apenas considerarem a saúde oral dos seus filhos como má apenas quando há dor, não irão procurar cuidados de saúde oral mesmo havendo doença assintomática, impossibilitando a criança de contactar com um profissional de saúde oral e a realização de intervenções preventivas ou tratamentos precoces.

Este estudo pretendeu ser um contributo para o conhecimento da QdVRSO nas crianças portuguesas em idade pré-escolar, tema muito pouco estudado nesta população em Portugal. Sendo uma amostra não probabilística e cuja recolha de dados foi exclusivamente realizada por questionário on-line traz algumas limitações, em especial no que se refere à extrapolação de dados para a população-alvo do estudo. O facto de não ter sido realizada observação oral das crianças e assim, verificar se as condições orais que os pais referiram se confirmavam é também uma limitação, pois seria interessante comparar a doença relatada com a doença efetivamente existente. Este procedimento estava previsto ser realizado, mas, apesar dos esforços em contactar estabelecimentos de ensino pré-escolar no final do ano de 2020 para a realização das observações orais, não foi obtida autorização por parte de nenhum estabelecimento, devido à condição pandémica que se vive e do facto de, nessa altura, a situação se estar a agravar em Portugal. Aliás, com a confirmação do estado de emergência em janeiro de 2021 deixou de ser relevante realizar esta observação de forma a salvaguardar o maior interesse das crianças. A aplicação do questionário *on-line* poderá ter enviesado a amostra para uma maior representatividade dos estratos socioeconómicos mais favorecidos e com mais habilitações literárias, este último verificado na amostra, e consequentemente com menores níveis de doença e melhor QdVRSO. No entanto, apesar destas limitações os resultados obtidos, permitem reconhecer a necessidade de implementar medidas de promoção da saúde oral em determinados fatores e de forma precoce, que demonstraram ter impacto negativo na QdVRSO das crianças e das suas famílias, de forma a contrariar esta influência e melhorar a saúde oral das crianças portuguesas.

VI – CONCLUSÕES

Com base nos resultados deste estudo e nos seus objetivos é possível concluir que:

- A população pré-escolar estudada apresentou uma boa QdVRSO, com um valor médio do somatório do ECOHIS de 1,5, sendo que a dor foi o item com mais impacto na QdVRSO. Os pais sentirem-se aborrecidos ou chateados, foi o item com valores mais elevados no domínio da família.
- Na população estudada a maioria das crianças efetuava escovagem bdiária com pasta dentífrica com flúor. O início da escovagem dos dentes antes do 1º ano de idade ainda não estava bem implementado nesta população, assim como, a ida ao profissional de saúde antes da idade pré-escolar, já que menos de metade dos participantes referiram já ter consultado o profissional de saúde oral. Quanto ao consumo de alimentos cariogénicos este verificou-se frequente na maioria das crianças. A maioria dos pais considerou que o seu filho apresentava uma boa saúde oral.
- Verificou-se maior impacto negativo na QdVRSO nas crianças de 5 anos, nas crianças que já visitaram o profissional de saúde oral, que consumiam alimentos cariogénicos com frequência. e que os pais classificaram como “Má” a saúde oral das crianças.
- Adicionalmente, todas as doenças orais apresentaram impacto na QdVRSO, nomeadamente a cárie dentária, o traumatismo dentário, a má-oclusão, as aftas recorrentes e o abcesso.

Os resultados deste trabalho revelaram que a QdVRSO das crianças em idade pré-escolar é influenciada por diversos fatores que devem ser tidos em consideração para o reforço das medidas de promoção da saúde oral, para melhorar a saúde oral das crianças portuguesas e também a QdVRSO neste grupo etário. A sensibilização para a idade de início de escovagem logo quando os primeiros dentes erupcionem, para a supervisão da escovagem por um adulto até aos 6 anos de idade, para a diminuição do consumo e frequência de alimentos e bebidas cariogénicos e para a visita precoce ao profissional de saúde oral são tópicos essenciais para a promoção da saúde oral das crianças deste grupo etário, de modo a prevenirem a ocorrência de doenças orais e consequentemente melhorar o impacto na QdVRSO das crianças em idade pré-escolar.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pakkhesal M, Riyahi E, Naghavi Alhosseini AA, Amdjadi P, Behnampour N. Impact of dental caries on oral health related quality of life among preschool children: perceptions of parents. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):1–8.
2. Bordoni N, Ciaravino O, Zambrano O, Villena R, Beltran-Aguilar E, Squassi A. Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Translation and validation in Spanish language. *Acta Odontol Latinoam*. 2012;25(3):270–8.
3. Power M, Kuyken W. World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569–85.
4. WHO. Oral-Health [Internet]. Oral Health. 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
5. Martins-Júnior PA, Ramos-Jorge J, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Validação da versão brasileira do Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Cad Saude Publica*. 2012;28(2):367–74.
6. Bica I, Duarte J, Camilo A, Jesus A, Ferreira C, Oliveira F, et al. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral: Percepção Parental das Crianças em Idade Pré-Escolar. *Millenium - J Educ Technol Heal*. 2016;0(47):141-152-152.
7. Mendes S, Bernardo M. Cárie precoce da infância nas crianças em idade pré-escolar do distrito de Lisboa (critérios International Caries Detection and Assessment System II). *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2015;56(3):156–65.
8. Abreu MGL, Germano F, Antunes LS, Azeredo Alves Antunes L. Impact of Oral Health on the Quality of Life of Preschoolers and Their Families. *Glob Pediatr Heal*. 2021;8.
9. Laranjo E, Baptista S, Norton A, Macedo A, Andrade C, Areias C. A cárie precoce da infância: uma atualização. *Rev Port Clínica Geral*. 2017;33(6):426–9.
10. Kitsaras G, Goodwin M, Kelly MP. Bedtime Oral Hygiene Behaviours , Dietary Habits and Children ' s Dental Health. 2021;1–7.

11. Borralho SM. Prevalência, Gravidade e Fatores Associados à Cárie Precoce da Infância no Distrito de Lisboa [Tese de Doutoramento]. Lisboa: Universidade de Lisboa 2014. Available from: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10981/1/ulsd068179_td_Sonia_Borralho.pdf
12. Daly JM, Levy SM, Xu Y, Jackson RD, Eckert GJ, Levy BT, et al. Factors associated with parents' perceptions of their infants' oral health care. *J Prim Care Community Heal.* 2016;7(3):180–7.
13. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries: classifications, consequences, and preventive strategies. In: *The reference manual of pediatric dentistry.* 2016. p. 79–81.
14. Pine C, Adair P, Robinson L, Burnside G, Moynihan P, Wade W, et al. The BBaRTS Healthy Teeth Behaviour Change Programme for preventing dental caries in primary school children: Study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. 2016;17(1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-016-1226-3>
15. Cosme P, Marques PF. Cáries Precoces de Infância - Uma Revisão Bibliográfica. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac.* 2005;46(2):109–16.
16. Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). Saúde oral explicada a todos [Internet]. Available from: <https://www.ond.pt/publico/saude-oral-crianca/>
17. Direção Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Direção-Geral da Saúde [Internet]. 2011. Available from: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>
18. Ventura SPF. A influência dos hábitos parentais no aparecimento de Cárie Precoce da Infância grave [Dissertação de mestrado]. Porto:Universidade Fernando Pessoa; 2016. Available from: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5579/1/PPG_26043.pdf
19. Ribeiro D, Pires I, Pereira ML. Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac.* 2012;53(4):221–6.
20. Almeida FS. Determinantes de Saúde Oral; Evidência para Portugal. [Dissertação de

- Mestrado] 2016. Available from: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26136/1/ulfmd06006_tm_Filipa_Almeida.pdf
21. Gouveia P, Nunes C, Graça SR. Implementação de escovagem dentária em escolas básicas : avaliação de um projeto de 4 anos. 2018; Available from: <http://hdl.handle.net/10362/32125>
 22. Castilho ARF, Mialhe FL, De Souza Barbosa T, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: A systematic review. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2013;89(2):116–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.014>
 23. Manna A, Carlén A, Lingström P. Dental caries and associated factors in mothers and their preschool and school children - A cross-sectional study. J Dent Sci. 2013;8(2):101–8.
 24. Snell A, Burgette J, Weyant R, Crout RJ, Mcneil DW, Foxman B. Association Between Child Dental Caries Experience and Mother ' s Perception of her Child ' s Oral Health Status. J Am Dent Assoc. 2020;150(6):540–8.
 25. Vasconcelos NP, Melo P, Gavinha S. Estudo dos Factores Etiológicos das Cáries Precoces da Infância numa População de Risco. Rev Port Estomatol Med Dentária e Cir Maxilofac. 2004;45(2):69–77.
 26. Gomes C, Mendes S, Bernardo M. Prevalência e gravidade de cárie na dentição decídua nas crianças de 6 anos de Mafra. Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac. 2015;56(2):103–9.
 27. Neto MLC. Prevalência e Fatores Associados à Cárie numa População Pré-Escolar do Concelho de Lisboa. Universidade de Lisboa; 2018.
 28. Martins CC, Pires IR, Pereira ML. Cárie precoce de infância e seus determinantes numa população pré-escolar, Porto. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2014;55(S1).
 29. Direção-Geral da Saúde (DGS). Estudo Nacional de Prevalênciadas Doenças Orais. Lisboa: Ministério da Saúde. Lisboa; 2015.
 30. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Health Qual Life Outcomes. 2007;5.
 31. Arrow P, Klobas E. Evaluation of the Early Childhood Oral Health Impact Scale in an

- Australian preschool child population. *Aust Dent J*. 2015;60(3):375–81.
32. Chaffee B, Rodrigues P, Kramer P, Vitolo M FC. Socioeconomic Status and Caries Experience. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017;3(45):216–24.
 33. Hettiarachchi RM, Kularatna S, Byrnes J, Scuffham PA. Pediatric Quality of Life Instruments in Oral Health Research: A Systematic Review. *Value Heal [Internet]*. 2019;22(1):129–35. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2018.06.019>
 34. Díaz S, Vélez MP, Martínez LM, Ramos K, Boneckër M, Paiva SM, et al. Parental perceptions of impact of oral disorders on Colombian schoolchildren's oral health related quality of life. *Acta Odontológica Latinoam*. 2018;31:82–90.
 35. Carminatti M, Lavra-Pinto B, Franzon R, Rodrigues JA, Araújo FB, Gomes E. Impacto da cárie dentária, maloclusão e hábitos orais na qualidade de vida relacionada à saúde oral em crianças pré-escolares. *Audiol - Commun Res*. 2017;22(0):1–8.
 36. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *J Public Health Dent*. Spring2003; 63(2):67-72.
 37. Broder HL, Wilson-Genderson M. Reliability and convergent and discriminant validity of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP Child's version). *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(SUPPL. 1):20–31.
 38. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; The CHILD-OIDP. *Community Dent Health*. 2004;21(2):161–9.
 39. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight-to ten-year-old children. *Pediatr Dent*. 2004;26(6):512–8.
 40. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39(2):105–14.
 41. Knorst JK, Sfreddo CS, de F. Meira G, Zanatta FB, Vettore M V., Ardenghi TM.

- Socioeconomic status and oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2021;49(2):95–102.
42. Moghaddam LF, Vettore MV, Bayani A, Bayat AH, Ahounbar E, Hemmat M, et al. The Association of Oral Health Status, demographic characteristics and socioeconomic determinants with Oral health-related quality of life among children: a systematic review and Meta-analysis. *BMC Pediatrics.* 2020;20:489.
43. Firmino RT, Gomes MC, Vieira-Andrade RG, Martins CC, Paiva SM, Granville-Garcia AF. Case-control study examining the impact of oral health problems on the quality of life of the families of preschoolers. *Braz Oral Res.* 2016;30(1):e121.
44. Costa MIBC. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em adolescentes [Tese de Doutoramento]. Porto: Universidade do Porto; 2013. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/84780>
45. Ghanghas M, Manjunath B, Kumar A, Shyam R, Phogat R, Panghal V. Validation of the Hindi version of the early childhood oral health impact scale among 3-5-year-old preschool children in Rohtak city, Haryana. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2019;37(4):333–8.
46. Fundação Francisco Manuel dos Santos. PORDATA [Internet]. [cited 2021 Jun 16]. Available from: <https://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Censos+da+População-27>
47. Fundação Francisco Manuel dos Santos. PORDATA [Internet]. 2020. Available from: <https://www.pordata.pt/Municipios/Densidade+populacional+segundo+os+Censos-591>
48. Reis P. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral numa população pré-escolar [Dissertação de mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2020. Available from: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/46721/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Patr%c3%adcia%20Reis.pdf>
49. Zaror C, Atala-Acevedo C, Espinoza-Espinoza G, Muñoz-Millán P, Muñoz S, Martínez-Zapata MJ, et al. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the early childhood oral health impact scale (ECOHIS) in chilean population. *Health Qual Life Outcomes.* 2018;16(1):1–11.
50. Clementino MA, Gomes MC, De TC, Pinto-Sarmiento A, Martins CC, Granville-Garcia AF,

- et al. Perceived impact of dental pain on the quality of life of preschool children and their families. *PLoS One*. 2015;10(6):1–13.
51. Aldrigui J, Abanto J, Carvalho T, Mendes F, Wanderley M, Bonecker M, et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of preschool children: A population-based study. *Int J Paediatr Dent*. 2015;25(1):18–28.
52. Vieira-Andrade RG, Siqueira MBL, Gomes GB, D’Avila S, Pordeus IA, Paiva SM, et al. Impact of traumatic dental injury on the quality of life of young children: A case-control study. *Int Dent J*. 2015;65(5):261–8.
53. Gomes MC, Pinto-Sarmiento TCDA, Costa EMMDB, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12(1):1–12.
54. Farsi NJ, Farsi DJ, Aldajani MB, Farsi NM, El-Housseiny AA. Sustainability of improvement in oral health-related quality of life in children after dental treatment. *Patient Prefer Adherence*. 2021;15:271–81.
55. López-Ramos RP, García-Rupaya CR. Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la provincia de Huaura, Lima. *Rev Estomatológica Hered*. 2014;23(3):139.
56. Bittencourt JM, Martins LP, Paiva SM, Pordeus IA, Martins-Júnior PA, Bendo CB. Early childhood caries and oral health-related quality of life of Brazilian children: Does parents’ resilience act as moderator? *Int J Paediatr Dent*. 2021;31(3):383–93.
57. Gomes MC, Clementino M, Pinto-Sarmiento TCA, Costa EMMB, Martins CC, Granville-Garcia AF, et al. Parental perceptions of oral health status in preschool children and associated factors. *Braz Dent J*. 2015;26(4):428–34.
58. Ferreira D. Caracterização da Escovagem dos Dentes na População Pre-Escolar. [Dissertação de mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2020. Available from: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/46555/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_MIMD_Diana_Ferreira_2019-2020.PDF
59. Pereira JL, Caramelo F, Soares A, Cunha B, Gil A, Costa A. Prevalence and sociobehavioural determinants of early childhood caries among 5 - year - old Portuguese

- children : a longitudinal study. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2020;(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s40368-020-00568-0>
60. Mansoori S, Mehta A, Ansari MI. Factors associated with Oral Health Related Quality of Life of children with severe -Early Childhood Caries. *J Oral Biol Craniofac Res* [Internet]. 2019;9(3):222–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2019.05.005>
61. Logan W, Kronfeld R. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. *Front Oral Biol* [Internet]. 2003;13(3):100–1. Available from: <http://earlychildhoodcariesresourcecenter.elsevier.com>
62. Montagna D. Ansiedade dentária em crianças, A importância da sua gestão na consulta de odontopediatria [Dissertação de mestrado]. Viseu: Universidade Católica Portuguesa; 2014. Available from: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15318/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Diana%20Montagna.pdf>
63. Naidu R, Nunn J, Donnelly-Swift E. Oral health-related quality of life and early childhood caries among preschool children in Trinidad. *BMC Oral Health* [Internet]. 2016;16(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-016-0324-7>
64. Campos V, Bastías C, Orellana M, Sáez K, Cartes-velásquez RA. Comparative analysis of oral health outcomes for five-year-old children (SOHO-5) scale and early childhood oral health impact scale (ECOHIS) in chilean's preschoolers. *J Stomatol*. 2021;74(2):110–5.
65. Li MY, Zhi QH, Zhou Y, Qiu RM, Lin HC. Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life of preschool children. *Eur J Paediatr Dent*. 2015;16(1):65–72.
66. Milani AJ, Fonseca Alves N, Martins Do Espirito-Santo T, Gonçalves Ribeiro L, Ammari MM, Antunes LS, et al. Impact of Traumatic Dental Injuries on Oral Health-Related Quality of Life of Preschool Children and Their Families Attending a Dental Trauma Care Program. *Port J Public Heal*. 2019;37(1):19–25.
67. Yactayo-Albuquerque MT, Alen-Méndez ML, Azañedo D, Comandé D, Hernández-Vásquez A. Impact of oral diseases on oral health-related quality of life: A systematic review of studies conducted in Latin America and the Caribbean. *PLoS One*. 2021;16(6):e0252578.

68. Rajan B, Ahmed J, Shenoy N, Denny C, Ongole R, Binnal A. Assessment of quality of life in patients with chronic oral mucosal diseases: a questionnaire-based study. *Perm J*. 2014;18(1):123–7.
69. Rivera C. Essentials of recurrent aphthous stomatitis (Review). *Biomed Reports* [Internet]. 2019 Jun 11;47–50. Available from: <http://www.spandidos-publications.com/10.3892/br.2019.1221>
70. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J*. 2006;201(10):625–6.

VII – APÊNDICE I – Questionário

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL EM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

Este estudo é realizado no âmbito de uma dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. O estudo tem como título “Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em crianças em idade pré-escolar” e pretende contribuir para o conhecimento do impacto da saúde oral no quotidiano das crianças e das suas famílias.

O estudo é dirigido a PAIS DE CRIANÇAS QUE TENHAM ENTRE 3 A 5 ANOS DE IDADE.

Para participar neste estudo apenas precisa de responder a este questionário, que é confidencial e anónimo e que demora cerca de 5 minutos a preencher. Não existem respostas certas ou erradas, seja o mais sincero possível. Se pretender algum esclarecimento adicional sobre este estudo, por favor contacte a investigadora Madalena Freire (madalenafrei@campus.ul.pt).

Muito obrigada.

*Obrigatório

1 - Tendo tomado conhecimento sobre a informação acerca do estudo “Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em crianças em idade pré-escolar”, declaro que tenho mais de 18 anos e que aceito participar nesta investigação: *

☐ Sim, aceito participar

2 – É pai/mãe de uma criança em idade pré-escolar (3-5anos)?* ☐ Sim ☐ Não (se não, termina o questionário)

3 – A família reside em Portugal?* ☐ Sim ☐ Não (se não, termina o questionário)

4 – Indique a região do país onde reside:*

- ☐ Norte
- ☐ Centro
- ☐ Lisboa e Vale do Tejo
- ☐ Alentejo
- ☐ Algarve
- ☐ Açores
- ☐ Madeira

5 - A criança tem diagnóstico de alguma doença sistémica, crónica ou incapacitante? *

- ☐ Sim ☐ Não

6 – Se sim, indique qual.

7 – Idade da criança*

- ☐ 3 anos
- ☐ 4 anos
- ☐ 5 anos

8 - Sexo da criança:* ☐ Feminino ☐ Masculino

9 - Grau de parentesco com a criança:* ☐ Mãe ☐ Pai

10 - Habilitações literárias da mãe:*

- ☐ menos de 9 anos de escolaridade
- ☐ 9º ano completo
- ☐ 12º ano completo
- ☐ Ensino superior completo

11 - Quantas vezes a criança escova os dentes por dia?*

- ☐ Menos de 1 x por dia
- ☐ Uma vez por dia
- ☐ Duas ou mais vezes por dia
- ☐ Não escova (Avançar para

pergunta 15)

12- A criança usa paste de dentes com flúor?*

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

13- Com que idade a criança começou a escovar os dentes?*

- ☐ com menos de 1 ano
- ☐ entre 1 e os 2 anos
- ☐ entre os 2 e os 3 anos
- ☐ depois dos 3 anos

14 – A criança tem ajuda/supervisão quando escova os dentes?*

- ☐ Sim, todos os dias
- ☐ Sim, na maioria dos dias
- ☐ Sim, algumas vezes
- ☐ Sim, raramente
- ☐ Não tem ajuda/supervisão

15 - A criança come frequentemente (todos os dias ou a maioria dos dias) alimentos ou bebidas açucarados (bolachas, bolos, sumos, cereais de pequeno almoço)? *

☐ Sim ☐ Não

16 – A criança já foi a uma consulta de saúde oral (médico dentista, estomatologista ou higienista oral)? *

☐ Sim ☐ Não

17 – Indique quais as situações relacionadas com a saúde oral que a criança tem ou teve*

	Sim	Não
Cárie dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismo dentário (dente partido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Má oclusão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aftas recorrentes/frequentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abcesso dentário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 – Se respondeu outra situação, por favor indique qual:

19- A criança já tratou algum dente?*

☐ Sim ☐ Não

20 – A criança tem cáries que não estão tratadas?*

☐ Sim ☐ Não

21 – Como classifica a saúde oral da criança?*

☐ Muito boa

☐ Boa

☐ Razoável

☐ Má

☐ Muito má

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL - ECOHIS (COSTA, 2013)

Para responder às próximas questões considere a vida completa do seu filho(a), desde o nascimento até ao momento presente. Por favor, **marque o quadrado correspondente à situação que melhor descreve a sua experiência**. Se a pergunta não se aplicar marque “Nunca”.

	Nunca	Quase nunca	Ocasional mente	Frequente mente	Muito frequente mente	Não sei
1.Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dor de dentes/boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dificuldade em ingerir bebidas quentes ou frias devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dificuldade em ingerir algum(s) alimento(s) devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dificuldade em pronunciar alguma(s) palavra(s) devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Com que frequência o seu filho(a)/educando faltou à creche, infantário ou escola devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Com que frequência o seu filho(a)/educando teve problemas em adormecer devido a problemas com os dentes ou tratamentos dos dentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Com que frequência o seu filho(a)/educando esteve frustrado devido a problemas com os dentes ou com o tratamento dos dentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.Com que frequência o seu filho(a)/educando evitou sorrir ou rir em frente a outras crianças/adolescentes devido a problemas com os dentes ou com o tratamento dos dentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.Com que frequência o seu filho(a)/educando evitou falar com outras crianças/adolescentes devido a problemas com os dentes ou com o tratamento dos dentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Com que frequência você ou outro membro da família esteve aborrecida(o)/chateada(o) devido a problemas com os dentes ou tratamento dos dentes do seu filho(a)/educando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Com que frequência você ou outro membro da família se sentiu culpada(o) devido a problemas com os dentes ou tratamento dos dentes do seu filho(a)/educando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.Com que frequência você ou outro membro da família faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamento dos dentes do seu filho(a)/educando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.Com que frequência os problemas com os dentes do seu filho(a)/educando e os seus tratamentos tiveram impacto financeiro na sua família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.